

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**OBSTÁCULOS A UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE PARTICIPANTES COM OBESIDADE E
NORMOPONDERAIS.**

Filipa dos Reis Rodrigues

Outubro, 2014

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Sandra
Torres** (FPCEUP).

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**OBSTÁCULOS A UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: ESTUDO
COMPARATIVO ENTRE PARTICIPANTES COM OBESIDADE E
NORMOPONDERAIS.**

Filipa dos Reis Rodrigues

Outubro, 2014

Filipa dos Reis Rodrigues

Presidente: Doutora Raquel Barbosa

Arguente: Doutora Sandra Abreu (Investigadora Pós-
Doutoramento - FADEUP)

Orientadora: Doutora Sandra Torres

Classificação: 17 valores

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Sandra
Torres** (FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Em primeiro lugar queria destacar a Dra Sandra Torres porque foi a grande impulsionadora deste trabalho, pelas oportunidades, confiança e constante disponibilidade que me fizeram crescer e aprender com a melhor. Agradeço especialmente por ser um exemplo sempre, como pessoa e como profissional que se entrega e dedica a 100% fazendo qualquer pessoa sentir-se segura por a ter como orientadora.

Á Dra Cristina Pontes, por sempre acreditar em mim e me motivar a ser melhor.

A todos os professores da FPCEUP que me ensinaram, contribuíram para a minha formação académica e me fortaleceram na construção da minha identidade profissional, em especial à Dra. Filipa Vieira que me fez apaixonar, em todas as aulas, por psicologia pela sua excelência.

A todas as participantes deste estudo e à Dra. Mariana Pinto por me deixarem entrar na vida delas, sem elas esta investigação não seria possível.

Á minha família pelo apoio incondicional e pela grande oportunidade e confiança que me deram ao me permitirem tirar um curso mesmo longe. Pelas longas saudades e pelo tempo passado distante de vocês que nunca vou conseguir recuperar. Em especial ao meu pai que foi o grande impulsionador e a quem devo toda esta oportunidade e à minha irmã Terrorista, sendo a pessoa mais importante da minha vida, dando-lhe sentido em toda e qualquer ocasião. E à Sílvia tenho que agradecer tudo o que consegui aproveitar destes 5 anos. Um especial agradecimento à Sónia pelas longas conversas no carro ou no skipe que me fizeram chorar, desabafar, levantar e voltar a sorrir.

Ás minhas manas do coração desde 1991, aos meus amigos da cidade mais bonita de Portugal, à minha família 2009 (eu amo vocês), e aos meus afilhados pelo tempo que não pude estar presente, pelos momentos sempre memoráveis mesmo à distância, pelo carinho e apoio. Aos Drs mais velhos e pessoal do bar da FPCEUP que sempre me acolheram de forma familiar.

Ao G.A.S.Porto por me mostrarem a magia de viver, que o essencial é invisível ao olhos e o quão é bom perdermo-nos a servir os outros. Em especial ao meu grupo ASV e aqueles que são meus manos de coração pelo carinho, apoio, humildade.

The flower that blooms in adversity is the most rare and beautiful of all. First, S. (2011). *Disney*, <3.

Resumo

Segundo a literatura a obesidade é a epidemia do século XXI. Perceber com detalhe quais são os obstáculos a uma alimentação saudável poderá, sem dúvida, facilitar a intervenção comportamental na obesidade, sendo que os tratamentos em vigor não são suficientemente eficazes. O presente estudo pretendeu explorar as percepções dos doentes obesos sobre estes obstáculos, com o uso de uma metodologia de *gestão interativa* (IM) onde há discussão grupal (inteligência coletiva), assistida pelo software *Modelagem Estrutural Interpretativa* (ISM) que permitiu gerar um modelo de relações entre variáveis, e compará-lo com um modelo gerado por um grupo de pessoas com normoponderais, a partir da questão “Quais os obstáculos a uma alimentação saudável?”. Este estudo contou com 14 participantes do sexo feminino. Sete participantes tinham diagnóstico em obesidade e sete participantes normoponderais. Os resultados evidenciam algumas semelhanças e diferenças entre estes dois grupos. O contexto, a cultura e o próprio dia a dia foram obstáculos referidos pelos dois grupos. E ambos identificaram os fatores psicológicos/emocionais como um obstáculo a uma alimentação saudável, contudo, apenas o grupo de obesidade destacou-se o impulso. Este fatores intensificam os comportamentos de *binge eating* como recompensa/reconforto por não conseguirem lidar com as suas emoções sendo necessário direcionar o tratamento para a parte emocional. Os mapas estruturais gerados pelos dois grupos reforçam a pertinência da intervenção psicológica ir de encontro aos obstáculos que os doentes percecionam para o desenvolvimento de um tratamento mais eficaz da obesidade no futuro.

Palavras chave: obesidade, barreiras a uma alimentação saudável, *Gestão interativa* (IM)

Abstract

According to the literature obesity is the 21st century's epidemic. Realize in detail what are the obstacles to healthy food can undoubtedly facilitate behavioral intervention in obesity, and the existing treatments are not effective enough. The present study aimed to explore the perceptions of obese patients regarding these obstacles, using a methodology of interactive management (IM) where there is group discussion (collective intelligence), assisted by the Interpretative Structural Modeling (ISM) software which allowed to generate a model of relationships between variables, and compare it with a model generated by a group of people with normal weight, from the question "What are the obstacles to healthy food?". This study included 14 female participants. Seven participants were diagnosed with obesity and seven normal weight participants. The results showed some similarities and differences between these two groups. The context culture and the actual day to day obstacles were mentioned by both groups, and both identified the psychological/ emotional factors as a barrier to healthy eating. However, only the group of obese stood out the impulse. These factors enhanced the behaviors of binge eating as a reward/ consolation for failing to deal with their emotions which indicate the importance of a treatment directed to the emotional issues. The structural maps generated by the two groups reinforced the relevance of psychological intervention to contradict the perceived obstacles in order to develop a more effective treatment of obesity in the future.

Keywords: obesity, barriers to healthy eating, Interactive Management (IM)

Introdução Teórica

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014) a obesidade define-se pelo desequilíbrio energético entre as calorias ingeridas e as calorias gastas. A obesidade é uma condição complexa que afeta todos os grupos etários e socioeconómicos. Em 1995, havia uma estimativa de 200 milhões de adultos obesos em todo o mundo e mais de 18 milhões com idade inferior a cinco anos diagnosticados com excesso de peso. A partir de 2000, o número de adultos obesos aumentou para mais de 300 milhões. Ao nível da distribuição por sexos, apesar do sexo masculino ter taxas mais elevadas de excesso de peso, o sexo feminino obtém as taxas maiores de obesidade (OMS, 2014). Em Portugal um estudo recente (Sardinha et al., 2012) constatou que 46,7% dos homens e 38,1% das mulheres apresentam excesso de peso, sendo que a percentagem de adultos obesos em Portugal (18-64 anos) ronda os 20% para ambos os sexos. Esta investigação refere que atualmente, dois terços da população Portuguesa tem excesso de peso ou obesidade. Um estudo outro concluiu, também, um aumento acentuado do excesso de peso nas idades mais jovens (Carreira, Pereira, Azevedo, & Lunet, 2012).

Face à prevalência da obesidade em Portugal e no mundo, esta doença torna-se preocupante pois acarreta sérias consequências. Ao nível médico, estudos mostram que a obesidade tem uma estreita relação com outras patologias como as doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2, cancro, e hipertensão (Visscher & Seidell, 2001), osteoporose, doença renal crónica, doenças cerebrovasculares e o risco acrescido de hipercolesterolemia (Ng et al., 2014). Acrescentam-se ainda os problemas ao nível da fertilidade e o aumento de riscos na gravidez (Gunderson, 2009). Ao nível psicossocial o impacto da obesidade é também assinalável, sendo de destacar a discriminação/hostilidade social, sentimentos de vergonha e autculpabilização, sentimentos de rejeição e exclusão social, dificuldades em lidar com a frustração (Brownell & Wadden, 1992), insatisfação com a imagem corporal (Matos et al., 2002) e baixa auto-estima (O'Neil & Jarrell, 2010). Vários estudos têm referido também, a depressão e as alterações no estado de humor como sendo prevalentes na obesidade (Simon et al., 2006).

No seu conjunto, as consequências físicas desta doença têm contribuído para uma diminuição da esperança média de vida na ordem dos 4% e um aumento 4% de pessoas a viver com incapacidade (Ng et al., 2014). Devido aos riscos que acarreta, a par do seu

aumento crescente, a obesidade torna-se assim um grande perigo para a saúde global. A juntar a este facto, os tratamentos em vigor não são suficientemente eficazes.

As modalidades de tratamento disponíveis atualmente passam por psicoterapia, cirurgia bariátrica, farmacologia e programas comportamentais para o controlo do peso (Sérgio et al., 2005).

Existem várias barreiras que afetam a eficácia dos tratamentos e que levam a que os mesmos sejam insuficientes para controlar esta epidemia. Fabricatore e Wadden (2006), afirmam que essas barreiras incluem o baixo nível económico, o contexto obesogénico onde se insere o indivíduo e o estilo de vida que é cada vez mais sedentário. Apesar dos esforços para o desenvolvimento de programas terapêuticos, o excesso de peso continua a aumentar, sugerindo a sua baixa eficácia (Fabricatore & Wadden, 2006).

De modo a que seja possível aperfeiçoar a intervenção para a obesidade é necessário compreender de uma forma mais aprofundada os fatores envolvidos na génese e manutenção desta patologia. A etiologia desta doença crónica é multifatorial envolvendo fatores genéticos, metabólicos, ambientais, psicológicos, comportamentais e sociais. (Correia, 2005).

Como fatores genéticos é de referir a genética, a hereditariedade e o metabolismo (Correia, 2005). É de evidenciar um estudo Finlandês com gémeos monozigóticos que mostrou que um Índice de Massa Corporal (IMC) adulto tem traços hereditários mas que esta predisposição genética para a obesidade pode ser combatida com um estilo de vida ativo (Naukkarinen, Rissanen, Kaprio, & Pietilainen, 2012). A obesidade na infância e na adolescência também pode ser combatida com uma alimentação saudável e exercício físico caso contrário, pode ser um forte preditor desta patologia na idade adulta (Spruijt-Metz, 2011). Um dos pilares da saúde metabólica é o sono. A privação deste pode levar ao aumento da fome e de um maior consumo de calorias (Spruijt-Metz, 2011). Em suma fatores genéticos, como o IMC dos pais, baixa taxa metabólica e puberdade precoce, são claramente elementos ativos na predisposição para a obesidade (Thompson & Smolak 2001).

Como fatores psicológicos surgem a aprendizagem por observação, o uso de alimentos como recompensa, a ingestão alimentar como fonte de prazer (Correia, 2005), e o uso da comida como meio de regulação emocional (Correia, 2005; Evers, Adriaanse, Ridder, & Huberts, 2013). Entre eles destaca-se a ligação entre emoção e a ingestão alimentar (*emotional eating*). O uso da alimentação como forma de gerir sentimentos tem sido identificado com frequência em amostras de obesos (Andrews, Lowe, & Clair, 2011).

Há inclusivamente estudos que mostram que crianças já utilizam a ingestão emocional como resposta aprendida ao *stress* (Nguyen-Rodriguez, Chou, Unger, & Spruijt-Metz, 2008). Esta estratégia de regulação emocional pode perpetuar a presença de um padrão alimentar desadaptativo e, conseqüentemente, dificultar o tratamento (Zijlstra et al., 2012).

Ao nível da etiologia é de destacar também o recente conceito de “Food Addiction” (dependência alimentar). Verificou-se recentemente que existem padrões de ativação neuronal implicados na ingestão alimentar excessiva, semelhantes aos observados na dependência de substâncias (Gearhardt, Corbin, & Brownell, 2009). Esta perspetiva tem sido importante para a compreensão da etiologia da obesidade, contudo, reconhecendo que este tipo de dependência é diferente. É de notar que os alimentos são necessários para a sobrevivência, o que quer dizer que ao contrário da dependência das drogas, as pessoas obesas não podem desenvolver estratégias para evitar os alimentos completamente (Krashes & Kravitz, 2014). Não obstante, a literatura sugere que esta teoria pode ser apropriada para explicar a falta de controlo alimentar perante alimentos de elevada palatibilidade, que frequentemente está presente em indivíduos com obesidade (Gearhardt, White, Masheb, Morgan, Crosby, & Grilo, 2012; Latner, Puhl, Murakami, & O’Brien, 2014).

Os fatores ambientais como a inatividade física e a alimentação, também interferem na obesidade (Correia, 2005). Mulheres obesas referem que o que as leva a não fazer exercício físico é falta de motivação, os ginásios serem caros, não existir segurança para correr na rua e pelos comentários desagradáveis e discriminatórios que as fazem sentir vergonha. Argumentam também, que se sentem cansadas e sem tempo devido a responsabilidades para com o trabalho e família o que faz com que tenham uma vida mais sedentária e que recorram à comida rápida (Baruth, Sharpe, Parra-Medina, & Wilcox, 2014).

São muitos os fatores culturais e sociais que podem influenciar a ingestão de uma alimentação equilibrada. Culturalmente, faz parte proporcionar convívios seja com a família, amigos ou de negócios, de volta da mesa, onde exista alimentos apetecíveis (Correia, 2005). A família surge como um exemplo e deve estabelecer regras para uma alimentação saudável (Spruijt-Metz, 2011). Os fatores sociais têm sido considerados uma influência na ingestão de alimentos. Esta ideia refere-se a que as crenças sobre a alimentação da nossa rede de suporte influenciam os nossos hábitos alimentares e exercem um poder enorme sobre o comportamento alimentar por exemplo, acompanhar na mesma

medida quem nos faz companhia às refeições (Robinson, Benwell, & Higgs, 2013). A nível social, a aparência física é cada vez mais, um fator relevante, principalmente quanto ao sexo feminino e na sociedade moderna o conceito de beleza distingue-se pela magreza (Stice, Shaw, & Marti, 2007).

Muitos destes fatores enunciados como estando na génese da obesidade são também fatores que dificultam o tratamento. As mudanças comportamentais objetivadas, sobretudo no que concerne à alteração de hábitos alimentares, revelam-se consistentemente difíceis de operacionalizar e manter a médio e longo prazo. Uma possível explicação para este dado prende-se com o facto de os sujeitos com obesidade enfrentarem obstáculos diferentes, ou outros até não conscientes, perante a necessidade de alterar dietas (Jeffery et al., 2000). Perceber com detalhe quais são essas barreiras poderá, sem dúvida, facilitar a intervenção comportamental na obesidade (Baruth et al., 2014).

A literatura refere barreiras como a falta de tempo, falta de autocontrolo ou motivação e a falta de conhecimento sobre os alimentos a utilizar nas refeições saudáveis (Welsh et al., 2012). Como barreiras psicológicas referem a frustração, a depressão, o comer por recompensa/reconforto. A nível social argumentam que os alimentos fazem parte da socialização o que se torna um obstáculo para uma alimentação saudável. Os costumes da família nos quais estão enraizados os princípios “comer tudo o que está no prato” e “gordura é formosura” opõe-se também como uma dificuldade à mudança (Baruth et al., 2014).

Um estudo sobre as barreiras percecionadas pelos pais sobre a má alimentação dos filhos relatou como barreiras a falta de tempo para cozinhar, o custo elevado dos alimentos mais saudáveis e a dificuldade em escolher alimentos saudáveis que os filhos gostem. É referido, também, o uso dos alimentos calóricos como recompensa aos filhos pelo bom comportamento (Vann et al., 2011).

As horas de trabalho podem representar um obstáculo com um forte impacto a este nível. Tanto trabalhadores como estudantes têm frequentemente horários instáveis e imprevisíveis o que leva a uma falta de tempo para preparar refeições saudáveis e um recurso, por conveniência, a *fast food* em que os valores nutricionais dos vegetais e da fruta são baixos. Estas refeições irregulares levam a um desequilíbrio nutricional. As mulheres também mencionam como barreiras o pouco tempo para cozinhar devido aos compromissos com os filhos, família e amigos (Escoto, Laska, Larson, Neumark-Sztainer, & Hannan, 2012).

Num estudo com adolescentes, estes mencionaram como barreiras alimentares a falta de disponibilidade para comer comida saudável (sendo que comem o que houver de mais apetecível na escola e em casa), o fácil acesso à *fast food*, o gosto e aparência da comida saudável (que a torna menos apetecível), a influência dos pares e a falta de variedade de alimentos saudáveis (Evans, Wilson, Buck, Torbett, & Williams, 2006).

É de notar que os estudos supracitados, por si só já em pequeno número, foram implementados com amostras populacionais. No que diz respeito à obesidade, e que seja do nosso conhecimento, não encontramos nenhum estudo neste domínio. Efetivamente muito pouco se sabe acerca das barreiras a uma alimentação saudável que os indivíduos com obesidade enfrentam (Welsh et al., 2012), sendo necessário mais informações sobre estas dificuldades de forma a orientar uma intervenção eficaz (Evans et al., 2006). Neste sentido, o presente trabalho visa compreender quais são as barreiras que limitam a realização de uma alimentação saudável em indivíduos com obesidade.

Denota-se que os estudos realizados neste domínio, para além de se centrarem em amostras não-clínicas, têm recorrido ao uso de escalas para avaliar a perceção dos participantes sobre estas dificuldades. As escalas psicométricas, ao serem estruturadas, limitam a identificação de outros fatores que não estejam contemplados nos itens formulados e não permitem também, explorar a relação entre os diferentes fatores/obstáculos. Com base neste facto, o presente estudo pretende explorar as perceções dos indivíduos obesos sobre estas dificuldades, com o uso de uma metodologia de discussão grupal que permite gerar um modelo de relações entre variáveis, e compará-lo com um modelo gerado por um grupo de pessoas com peso normal.

A metodologia de discussão grupal utilizada neste trabalho tem como base a investigação realizada na áreas da psicologia social e ciência cognitiva sobre o sistema de resolução colaborativa de problemas, no qual se procura que um grupo, perante uma dada questão, produza um conjunto variado de ideias que permita servir de base para construir um consenso e uma visão coletiva (D’Zurilla, Goldfried, & Marvin, 1971). Este modelo de colaboração efetiva designa-se por “Collaborative Building System” (CBS) e a sua implementação em termos práticos utiliza uma metodologia de *gestão interativa* (IM), orientada para a conciliação de opiniões individuais e sua integração num mapa estrutural (Warfield & Perino, 1999). Por outras palavras, o IM permite que os grupos identifiquem as ideias mais importantes e desenvolvam um modelo que descreva como essas ideias se relacionam. A análise do tema é feita, inicialmente, por diálogo grupal com base nas experiências pessoais, seguindo-se a deliberação do grupo com base na votação, levando a

um consenso na concepção do mapa estrutural (Warfield & Staley, 1996). Esta metodologia pode ser utilizada nos meios empresarial, educacional e de saúde, para ajudar grupos a compreender e resolver problemas complexos, sendo inovador utilizá-lo num contexto de doença (Warfield & Staley, 1996).

No presente estudo esta metodologia será utilizada para ajudar a compreender os fatores que dificultam a adesão à dieta alimentar na obesidade. Este trabalho é, assim, de natureza exploratória e representa a primeira aplicação de IM para compreender a complexidade do comportamento alimentar.

1. Metodologia

1.1. Participantes

O estudo foi implementado em dois grupos de participantes do sexo feminino, com idade superior a 18 anos. Um grupo foi composto por sete participantes com diagnóstico de obesidade (IMC variou entre 30,1 e 38,8 kg/m²; $M = 33,6$; $DP = 3,5$), com idades desde 25 aos 55 anos ($M = 37,3$; $DP = 9,3$). O outro grupo teve igual número de participantes, mas normoponderais (IMC variou entre 18,5 e 24 kg/m²; $M = 20,57$; $DP = 1,9$), e as idades variaram entre os 19 e os 24 anos ($M = 22,4$; $DP = 1,8$). O peso (obesos vs. peso normal), o sexo (feminino) e a maioria foram os critérios de inclusão definidos.

A sessão de grupo (complementada com a metodologia IM) nos participantes com obesidade foi integrada no planeamento de um grupo de intervenção em obesidade realizado na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), no serviço de consultas, e no qual a investigadora entrevistou. A recolha foi feita com o objetivo adicional de ajudar os participantes a obter *insights* para a resolução do seu problema.

A sessão com os participantes com um peso normal foi também realizada na FPCEUP. Este grupo constituiu uma amostra por conveniência composta por estudantes.

1.2. Material e Procedimento

Este estudo foi desenvolvido em colaboração com a *School of Psychology, National University of Ireland* (Prof. Michael Hogan).

Em ambos os grupos a sessão iniciou-se com a apresentação do estudo (objetivos, duração, ausência de riscos associados, confidencialidade, esclarecimento de dúvidas) à qual se seguiu a obtenção do consentimento informado. Antes do início da sessão foram ainda recolhidos dados demográficos e clínicos, como a idade, peso e altura.

A discussão decorreu em formato de grupo, e a aplicação da metodologia IM dividiu-se em duas partes, correspondentes a duas técnicas específicas:

I - A Técnica de Grupo Nominal (NGT; Jefferson et al., 2010) que é um método que permite que as ideias individuais sejam combinadas com as do grupo. A sua principal

vantagem é a oportunidade dada aos participantes de todos contribuírem com muitas ideias de igual forma (Roeden, Maaskant, & Curfs, 2012). Esta envolve três etapas:

- (a) apresentação da questão estímulo aos participantes: “Quais os obstáculos com os quais se deparam na realização de uma alimentação saudável?”;
- (b) cada participante escreve, individualmente, num papel as suas ideias;
- (c) a apresentação das ideias por parte dos participantes.

As ideias repetidas são eliminadas e novas ideias (se houver) são adicionados, o conjunto resultante das ideias fica, então, pronto para ser utilizado na próxima etapa do trabalho do grupo. A escolha das ideias que são eliminadas ou adicionadas é da responsabilidade dos participantes.

II - Modelagem Estrutural Interpretativa (ISM; Warfield & Staley, 1996) é uma metodologia assistida por computador que ajuda o grupo a identificar relações entre ideias e impor uma estrutura nessas ideias para ajudar a gerir a complexidade do problema. Os passos do ISM são:

(a) colocar as ideias identificadas na NGT (sobre forma de expressão-chave) no programa informático; ao colocar as ideias no programa, forma-se uma lista de ideias que já tiveram uma explicação prévia sobre o que representam;

(b) implementar um processo de votação fechada no qual cada participante é convidado a selecionar e ordenar cinco barreiras que considera serem as mais importantes;

(c) explorar as relações entre ideias selecionadas, com base numa "questão relacional". O ISM pode ser utilizado para o desenvolvimento de vários tipos de estruturas relacionais, incluindo as estruturas de influência (e.g., "suporta" ou "agrava"), estruturas de prioridade (e.g., "é mais importante do que a" ou "deveria ser aprendido antes") e categorizações de ideias (e.g., "pertence à mesma categoria com"). Com base nos objetivos propostos para o presente estudo, considerou-se que a estrutura relacional mais pertinente seria a de influência e, nesse sentido, a questão colocada foi “Se ideia X influencia a ideia Y”;

(d) o mapa estrutural é construído com base nas respostas à questão relacional para cada par de ideias, ou seja, há uma votação para determinar a opinião do grupo sobre este relacionamento (as respostas são dicotómicas “sim” ou “não”); Este processo repete-se até que todos os pares de ideias tenham sido explorados. Especificamente, o *software* ISM utiliza algoritmos matemáticos que minimizam o número de consultas necessárias para explorar as relações entre um conjunto de ideias.

(e) exibição do mapa final de ideias e discussão no sentido de clarificar as ligações entre ideias.

2. Resultados

No grupo dos **participantes obesos** foram sugeridas 33 ideias em resposta à pergunta-chave “Quais os obstáculos a uma alimentação saudável?”. Algumas destas ideias eram semelhantes sendo que foram eliminadas as repetidas resultando num conjunto de 15 ideias finais. Cada participante teve oportunidade de esclarecer os obstáculos que identificou e a sua importância (ver tabela 1). Posteriormente procedeu-se a um processo de votação com vista a determinar um subconjunto de 10 ideias para o ISM estruturar. Houve dois itens com pontuação 0 e três com pontuação 1 sendo que não foram incluídos no processo de estruturação (ver tabela 1).

Tabela 1 - Obstáculos a uma alimentação saudável identificados como importantes pelos participantes com obesidade, bem como a explicação correspondente e o número de votos recebidos durante a sessão interativa.

Obstáculos a uma alimentação saudável	Explicação da ideia sugerida (Transcrições)	Total de Votos
Impulso de comer calorias – gula	<p>“Para mim a comida é um conforto e ao mesmo tempo uma celebração, eu como às vezes para me confortar quando estou triste mas também como quando tenho alegrias, aqui o comer é em excesso”;</p> <p>“Eu tenho desejo de comer porcarias, eu gosto de comer porcarias, sinto mesmo desejo, eu se vir gosto e vou ficar o dia a pensar naquilo”.</p>	5
A população portuguesa convive a comer	<p>“As jantaradas com os amigos, janto lá e não vamos dizer que estamos de dieta então a gente come. E não é só com os amigos, com a família também nos jantares”;</p> <p>“É um escape, eu no meu dia-a-dia tento fazer as coisas direitinhas e depois surge um jantar, lanche, tudo é motivo no meu grupo de amigos para festa e acabo por me descontrolar completamente nesses momentos”;</p> <p>“Os maus hábitos de socialização, o convívio que nós fazemos em Portugal, a maioria é sentados numa mesa a comer e a beber, pelo menos no meu caso de convívio. Além de que se for em nossa casa, enchemos a casa de comida e depois há o dia a seguir em que comemos tudo para não deitar fora, os queijinhos, docinhos”.</p>	4
Ansiedade, <i>stress</i> , isolamento, frustração e depressão	<p>“Quando estou mais ansiosa dá-me mais vontade de comer. Como o mundo todo e nunca fico satisfeita e ando sempre à procura do que vou comer a seguir. Se comer salgados não eram bem salgados que eu queria, eram doces. Se for doces não eram bem doces que eu queria, eram salgados. Então vou experimentando para ver o que me sacia mais, chego ao fim e como o mundo”;</p> <p>“Quando estou ansiosa, preocupada com algum problema ou mais sozinha tenho mais tendência a comer”;</p> <p>“A maior parte das pessoas têm essa tendência de comer mais quando estão <i>stressadas</i>, noto que aqui há mais</p>	4

	compulsão”;	
	“ <i>Stress</i> quando é para entregar trabalhos fico preguiçosa de resistir à atenção”;	
	“Eu sofro de depressão e no início comia tudo e não me importava”;	
	“Quando estou ansiosa, preocupada, frustrada com alguma coisa tenho menos atenção àquilo que como”.	
Falta de alternativas à comida rápida – <i>fast food</i>	<p>“A nível de quantidade e de qualidade”;</p> <p>“É mais prático e delicioso”.</p> <p>“O mais fácil, gostoso e rápido de ir buscar ou de pedir para levarem a casa é <i>fast food</i>, as pizzas por exemplo”.</p>	4
Falta de força de vontade	<p>“A primeira coisa passa por ser eu a não querer fazer uma alimentação saudável, a desculpar-me por não fazer uma alimentação saudável”.</p>	4
Falta de rotina, horários, tempo	<p>“Não consigo ter horários certos para as refeições. Não é que não tenha tempo para os ter eu é que não o faço. Se eu fosse mais regrada se calhar conseguia tê-los mas, em vez de ir a casa à uma hora comer vou sempre à uma e meia e já toda a gente comeu”;</p> <p>“Não tenho aqueles horários fixos, o meu trabalho é um bocado flexível, eu tenho trabalhos fora de horas e por isso às vezes fico cheia de fome porque não faço os lanches”;</p> <p>“Sabemos que se nos levantarmos mais cedo para fazer sopa ou uma sandes mais saudável, ou uma refeição mais saudável poderíamos levá-la para o nosso trabalho, mas não temos tempo e no meu trabalho não quero um bife quero logo a vaca por causa do desgaste”.</p>	3
Cansaço – vida sedentária	“Você chega cansada e o que você quer é ficar sentada e ver televisão”.	2
Criada numa época em que ser magra	“Eu era magrinha até mais ou menos aos 25 anos e engordei devido a uns problemas. Na altura a minha mãe estava sempre a dar-me de comer e eu descuido-me da comida porque não gosto de muita coisa. Então a minha mãe	2

era ser doente	dava-me coisas que eu gostava para poder engordar, dava-me bolinhos e eu fiquei viciada nessas coisas”.	
Dificuldade em preparar refeições saudáveis	<p>“(refeições saudáveis) não sei fazer e acho sempre que demora mais tempo a preparar por isso tenho preguiça.</p> <p>Pode ser falta de conhecimento para preparar as mesmas”;</p> <p>“Tenho de fazer restrições na alimentação familiar, eu já não gosto muito de cozinhar então para 4, duas são crianças têm que comer bem e demoram, e eu tenho que comer porque senão eles também não querem, para mim é uma seca e irritante”.</p>	2
Má educação nutricional – maus hábitos alimentares	<p>“A questão de uma boa alimentação, saber o que faz bem foi uma coisa que eu aprendi já em adulta, quando comecei a estudar na faculdade, porque a minha mãe é uma pessoa mais humilde e eu fui criada quando as coisas eram feitas de outra maneira”;</p> <p>“As nossas mães/avós adoram ver-nos comer”;</p> <p>“A minha avó na infância insistiu um bocado para que eu comesse, acho que isso não ajudou, mesmo quando estava mesmo cheia punha o prato à minha frente e eu tinha que comer e não podia sair dali enquanto não comesse e isso obrigava-me a ficar muito cheia”.</p>	2
Dificuldade em reeducar os hábitos alimentares	“O que é exigido é uma reeducação de vida, não é somente alimentar”;	1
Muito prazer em comer	“Tiro muito prazer a comer”.	1
Não gostar de legumes e saladas	<p>“Detesto sopa, a culpa é da minha mãe porque me obrigava a comer sopa desde pequena”;</p> <p>“Só gosto de sopa, mas no prato simples legumes e saladas não gosto”;</p> <p>“Gosto mais de comida que engorda do que dos alimentos saudáveis que não fazem engordar tanto”.</p>	1
Compensar o	“Tento compensar em comida por ser ex-fumadora”.	0

cigarro, ex-

fumadora

Situação económica	“Os bons alimentos são caros e a validade dos mesmos é menor, por isso não posso comprar em grandes	0
e prazos	quantidades e por vezes não tenho tempo de ir comprar por isso há as bolachas e as conservas”.	

Surgiu então, o mapa estrutural com base no debate e votação por parte dos participantes durante a sessão. Este mapa deve ser lido da esquerda para a direita e as setas indicam “influência”. Quando duas ideias aparecem juntas na mesma caixa significa que têm uma relação recíproca entre si, ou seja, influenciam-se mutuamente. (ver figura 1).

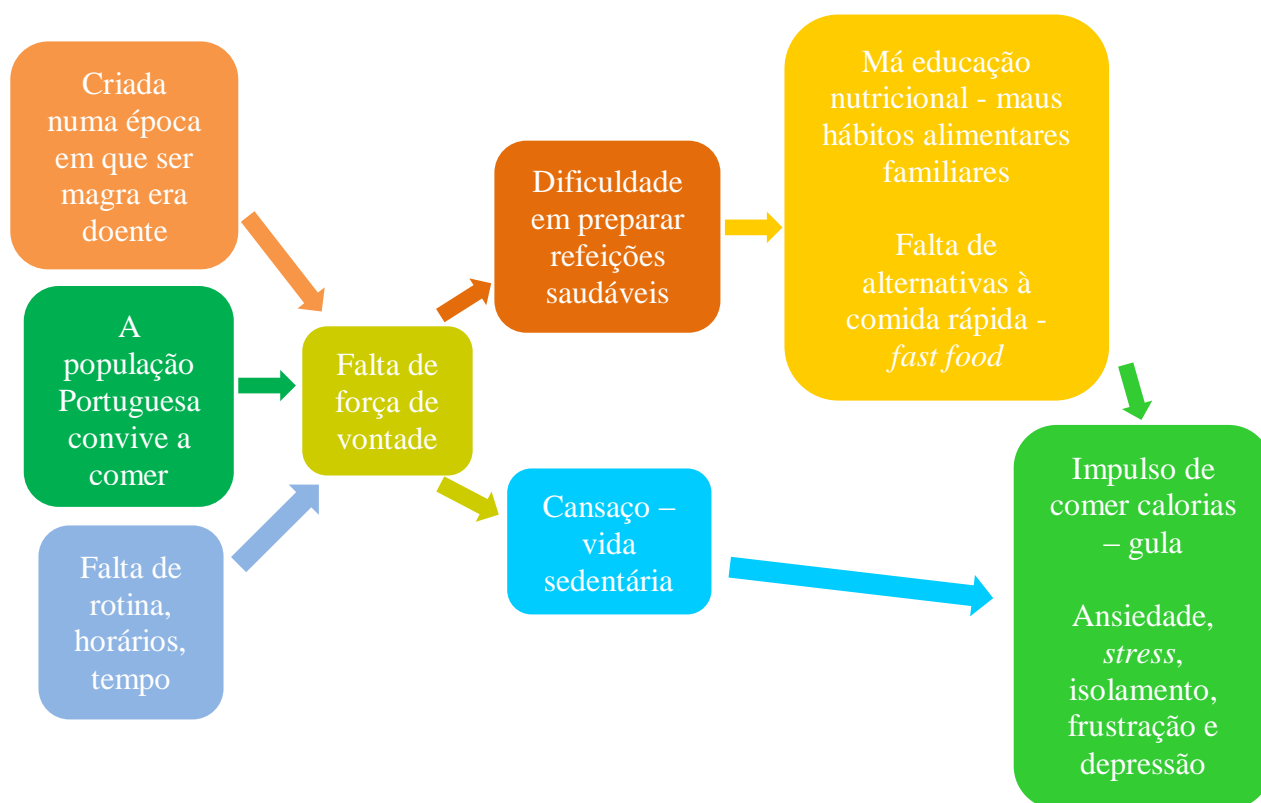


Figura 1. Mapa estrutural do grupo de participantes com obesidade

Como pode ser visto a partir da Figura 1, “Criada numa época em que ser magra era doente”, “A população portuguesa convive a comer” e a “Falta de rotina, horários e tempo” surgiram no nível 1 na estrutura, o que significa que, segundo a perceção das participantes com obesidade, são um motor fundamental de todos os outros obstáculos a uma alimentação saudável. A “Falta de força de vontade” é vista como uma característica chave que leva a muitas outras ideias que influenciam uma alimentação equilibrada.

A “Dificuldade preparar refeições saudáveis” e o “Cansaço – vida sedentária”, ambos resultam diretamente da “falta de força de vontade” e antecedem um conjunto de ideias que estão reciprocamente relacionadas.

A “Dificuldade em preparar refeições saudáveis” segundo o mapa estrutural influencia: a “Má educação nutricional – maus hábitos alimentares” e a “Falta de alternativas à comida rápida – *fast food*”. Este conjunto recíproco e o “Cansaço – vida

sedentária” levam ao “Impulso de comer calorias - gula” e a um conjunto de fatores psicológicos/emocionais: “Ansiedade, *stress*, isolamento, frustração e depressão”.

A lógica coletiva e os raciocínios dos participantes obesos são consistentes com a ideia de que o “impulso de comer calorias – gula” é um obstáculo a uma alimentação saudável sendo que foi a ideia que obteve maior votação (5 votos).

No grupo dos **participantes normoponderais**, por sua vez, foram sugeridas 17 ideias em resposta à pergunta-chave “Quais os obstáculos a uma alimentação saudável?”. As ideias repetidas foram eliminadas resultando um conjunto de 14 ideias finais (ver tabela 2). Seguidamente estas ideias foram submetidas ao processo de votação do qual se formou um subconjunto de 10 ideias para o ISM estruturar. Houve dois itens com pontuação 0 e dois com pontuação 1 que não foram incluídos no processo de estruturação (ver tabela 2).

Tabela 2 - Obstáculos a uma alimentação saudável identificados como importantes pelos participantes normoponderais, bem como a explicação correspondente e o número de votos recebidos durante a sessão interativa.

Obstáculos a uma alimentação Saudável	Explicação da ideia sugerida (Transcrições)	Total de Votos
Vida Universitária	“Ser estudante complica ter uma alimentação saudável. Primeiro não temos rotinas e podemos ficar imenso tempo sem comer, chegamos a casa e queremos é fazer algo rápido que nos mate a fome ou então vamos ao <i>shopping</i> comer <i>fast food</i> porque é rápido e mais barato. E ainda temos as saídas com os amigos em que os jantares são sempre nos sítios mais baratos independentemente da comida”;	7
Falta de exercício físico	“Eu não faço exercício físico por isso não consigo desgastar tudo o que como”. ⁱ	5
Stress, Ansiedade, Isolamento	“Quando estou muito <i>stressada</i> e ansiosa com trabalhos ou exames como imensas porcarias para compensar e normalmente estudo sozinha o que ainda me dá mais vontade para atacar as bolachas”; “A ansiedade tira-me a fome. O problema é que depois de algumas horas ataco a comida”; “Eu estou sempre sozinha depois das aulas porque vivo sozinha e a verdade é que estar em casa sozinha leva a que vá várias vezes à cozinha buscar qualquer coisita”.	4
Hábitos Familiares	“Os meus pais sempre me disseram que tinha que comer tudo o que estivesse no prato, que não se pode deitar comida fora. Além disso em crescimento tínhamos que comer comida consistente, não chegava uma sopa e fruta”; “Os meus pais sempre insistiram para comer fruta mas como um complemento após toda uma refeição como deve ser”; “Em minha casa quando não há tempo para preparar uma refeição pedimos <i>pizza</i> ou comida chinesa, qualquer coisa desde que nos venham trazer rápido a casa”.	3

Falta de alternativas à <i>fast Food</i>	<p>“Se queremos comer alguma coisa rápida em qualquer sítio, a única comida que não demora é a <i>fast food</i>”;</p> <p>“Já nem procuro sinceramente, sei que <i>fast food</i> é mais rápido por isso é onde vou para não perder tempo”.</p>	3
Falta de Rotina	<p>“Não dá para construir rotinas porque não temos o mesmo horário todos os dias, além disso acontecem sempre coisas que não estão programadas, mais um trabalho que temos mesmo que fazer naquele dia, mais um almoço com amigos, mais uma saída”;</p> <p>“Estou envolvida em vários hobbies que me ocupam muito tempo e não têm um horário certo”.</p>	3
Falta de força de vontade	<p>“Depois de um dia de aulas a última coisa que me apetece é cozinhar ou fazer desporto, sinto-me demasiado cansada”;</p> <p>“E também não tenho grande vontade de procurar receitas, nem que sejam simples, para fazer refeições mais saudáveis. Faço, sempre, o que sei”.</p>	2
Falta de tempo	<p>“Não tenho tempo para pensar que tenho que comer comida saudável, é o mais rápido que encontrar”;</p> <p>“Não posso perder tempo no supermercado a escolher o que é mais saudável, escolho o mais fácil de cozinhar e que demore menos tempo”.</p>	2
Pressão da sociedade para ser magra – Restrição/Gula	<p>“Acho um exagero esta pressão porque faz com que, principalmente as raparigas, deixem de comer e depois de muitas horas sem comer podem ter aqueles ataques de gula”;</p>	2
Saídas com os amigos	<p>“Na faculdade temos várias saídas com os amigos e a verdade é que depois de, por exemplo, uma época de exames queremos é divertimento! O problema é que é sempre a comida mais barata”;</p> <p>“E, também, o álcool mais barato como a cerveja que faz barriga!”.</p>	2
Medo das comorbilidades da obesidade	<p>“Eu não consigo comer demasiado porque tenho medo, hoje em dia morre imensa gente por ter gordura a mais, e às vezes já nem se conseguem mexer!”;</p>	1

	“Eu como mesmo pouco porque tenho muito medo de engordar por causa das doenças” ⁱⁱ	
Muitas horas sem comer leva a que apeteça calorias	<p>“No meu caso quando fico muito tempo sem comer quero é calorias porque me sinto demasiado fraca para comida saudável”;</p> <p>“(depois de muitas horas sem comer) Há aquela voracidade em comer e parece que só comida super calórica é que nos vai satisfazer”;</p> <p>“(depois de muitas horas sem comer) Sempre ouvi dizer que também se come com os olhos e a comida calórica é mais apetecível visivelmente”.</p>	1
Casa dos avós	<p>“Quando vou lanchar ou almoçar a casa dos meus avós eles colocam sempre uma mesa cheia de comida e só nos deixam levantar quando fica vazia, estão sempre a insistir que temos de comer”;</p> <p>“A minha avó está sempre a insistir para eu comer! Ainda tem aquela mentalidade que gordura é formosura e que ser magra é doença”;</p> <p>“Os lanches em casa dos meus avós são sempre pouco saudáveis: batatas fritas, presunto, pão, refrigerantes”.</p>	0
Falta de dinheiro	<p>“Para comprar aqueles produtos super saudáveis é preciso dinheiro, normalmente escolho o mais barato sem ver as calorias”;</p> <p>“É difícil ser estudante e ir às compras porque o dinheiro é dos pais e tento sempre gastar o menos possível”.</p>	0

ⁱ Foi mencionado como obstáculo porque a participante referiu que ingere calorias em demasia para o seu desgaste diário, sendo que para manter esta alimentação era necessário fazer exercício físico para conseguir um IMC saudável.

ⁱⁱ Foi mencionado como obstáculo porque a participante tem um padrão alimentar restritivo e sente dificuldade em alterá-lo para um padrão mais saudável.

Surgiu então, o mapa estrutural com base no debate e votação por parte dos participantes normoponderais (ver figura 2).

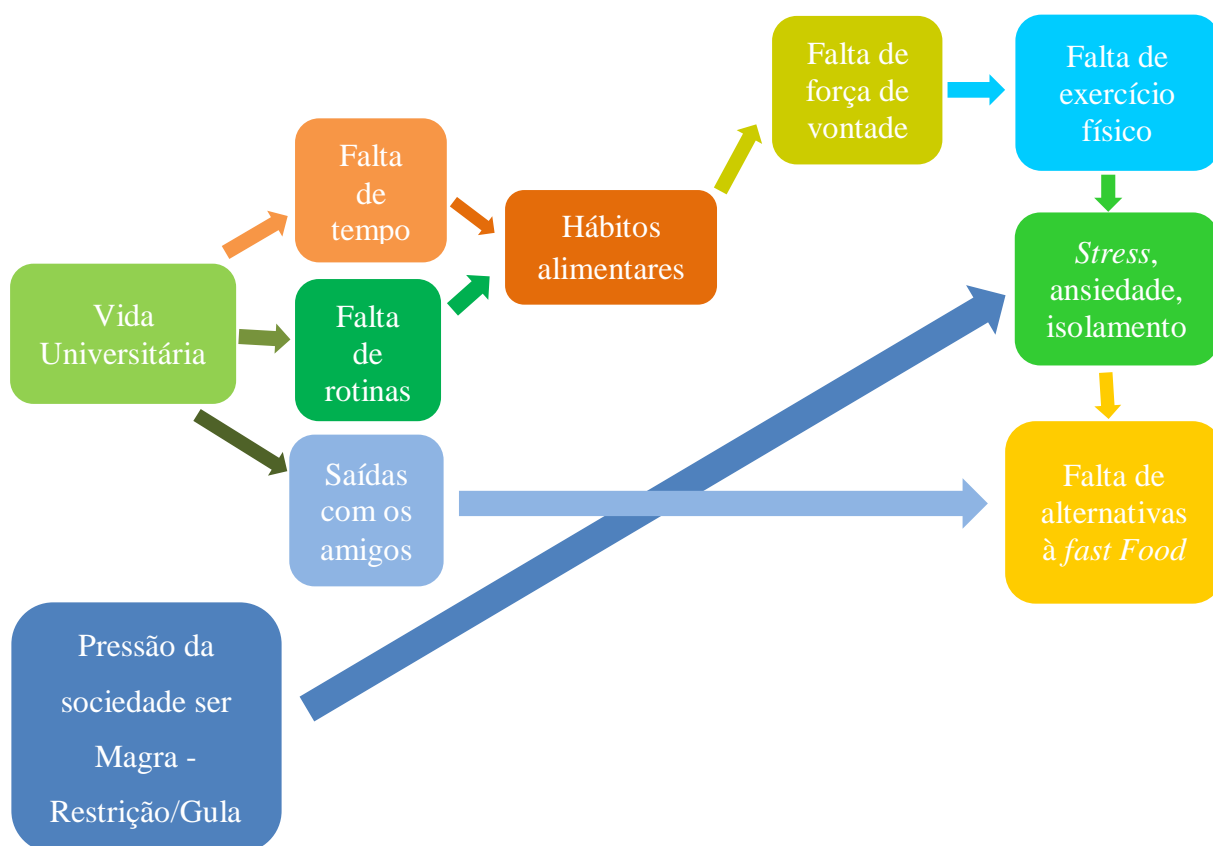


Figura 2. Mapa estrutural do grupo de participantes normoponderais

Neste mapa estrutural elaborado por um grupo de participantes normoponderais, a “Vida universitária” e a “Pressão da sociedade para ser magra – Restrição/Gula” estão no nível um, ou seja, indicam que são os fatores de base.

A “Vida universitária” foi a ideia mais votada (7 votos), sendo que obteve votos de todos os participantes e segundo o mapa estrutural, como mencionado em cima, é uma ideia base que influencia várias outras ideias. A esta estão ligadas diretamente 3 obstáculos: a “Falta de Rotina”, a “Falta de tempo” e as “Saídas com os amigos”.

A “Falta de Rotina” e a “Falta de tempo” reforçam os seguintes obstáculos: os “Hábitos alimentares”, a “Falta de força de vontade”, a “Falta de exercício físico”, o “Stress, Ansiedade e Isolamento” e a “Falta de alternativas à *fast food*”.

O conjunto de fatores psicológicos “Stress, Ansiedade e Isolamento” também é influenciado, por sua vez, pela “Pressão da sociedade para ser magra – Restrição/Gula”. E as “Saídas com os amigos” influenciam a “Falta de alternativas à *fast food*”.

3. Discussão

O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar os obstáculos a uma alimentação saudável descritos por dois grupos, obesos e normoponderais, porque, embora exista evidência empírica que mostra a presença de barreiras a uma alimentação saudável na população em geral, ainda pouco se sabe acerca destas na obesidade (Welsh et al., 2012). Este trabalho inovou pelo uso de uma nova ferramenta de *software* em que através de uma *gestão interativa* ajudou os grupos a “debater” e estruturar as ideias que surgem para melhor compreender os problemas.

Ao longo dos resultados verificaram-se diferenças e semelhanças entre os dois grupos. As ideias semelhantes que formaram o mapa estrutural nos dois grupos foram, os fatores psicológicos, o contexto/sociedade, o dia-a-dia, a motivação, a falta de alternativas à *fast food*, a falta de exercício físico e os hábitos alimentares criados pelos familiares. As ideias diferentes que surgiram foram, o impulso no grupo de participantes obesos, e a influência da sociedade para ser magra no grupo de participantes não-clínicos.

No grupo de participantes obesos pode dizer-se que o contexto onde as participantes cresceram e a própria cultura onde se inserem foram fatores primordiais como barreiras. “Os maus hábitos de socialização, o convívio que nós fazemos em Portugal, a maioria é sentados numa mesa a comer e a beber(...)”. Neste primeiro nível é de reforçar também, o próprio dia-a-dia das participantes que acarreta várias responsabilidades familiares e profissionais que muitas vezes, se contrapõe com uma alimentação equilibrada. Neste mapa a motivação aparece como elemento central e mostra que as participantes consideram que se estivessem motivadas teriam melhores resultados. Isto é coerente com a bibliografia que refere que apesar da motivação nem sempre se traduzir em comportamentos é um fator determinante para iniciar uma dieta e de começar a fazer exercício físico para perder peso (Perugini & Bagozzi, 2001) e as mulheres mais motivadas são mais propensas a mudar os seus comportamentos e obter resultados (Godin, & Kok, 1996).

Efetivamente, os resultados do nível 3 do mapa - vida sedentária e falta de conhecimento para preparar refeições saudáveis – surgem no seguimento da falta de motivação, o que é teoricamente congruente. A vida sedentária caracteriza-se pela ausência ou diminuição de atividades físicas. Esta surge como uma dificuldade porque a combinação entre a falta de atividade física com uma maior ingestão de alimentos tem

como resultado um aumento dos níveis de gordura. Desde 1980, Portugal teve um aumento económico rápido, melhorando as condições de habitação e sociais, deixando de se caracterizar por uma maioria no sector primário (orientado para a agricultura), passando para o sector secundário (orientado para o comércio). Estas melhorias económicas contribuíram para a obtenção de um estilo de vida mais sedentário e mudanças para hábitos alimentares menos saudáveis, ou seja, com maior teor calórico e nota-se uma incapacidade para adaptar a capacidade de energia necessária a ingerir ao novo estilo de vida mais sedentário (Carreira et al., 2012).

A falta de conhecimento para preparar refeições saudáveis leva a um maior recurso a alimentos pré-confeccionados, comumente mais calóricos. Escoto et al. (2012) obteve resultados com populações não-clínicas, em que tanto trabalhadores como estudantes recorrem frequentemente, por conveniência, a *fast food*, o mesmo parece verificar-se na obesidade. Também os adolescentes referem que têm um fácil acesso à *fast food* e as alternativas que existem são menos atraentes (Evans et al., 2006).

No nível 4 surge uma relação recíproca entre “Má educação nutricional – maus hábitos alimentares familiares” e “Falta de alternativas à comida rápida – *fast food*”. Nesta relação é de referir a influência dos pais na alimentação como menciona o estudo de Spruijt-Metz (2011) em que são as famílias que devem ser o exemplo de como ter uma alimentação saudável e devem estabelecer regras, apesar de existirem ainda tradições familiares da época em que gordura era o padrão de beleza ao contrário da sociedade atual que valoriza a magreza (Baruth et al., 2014). Num estudo com população não-clínica, os pais explicam que é complicado escolher alimentos saudáveis que os filhos gostem e desabafam que usam os alimentos calóricos como recompensa pelo bom comportamento dos filhos (Vann et al., 2011), relacionando-se as duas ideias que formaram a interação. A preferência por alimentos calóricos justifica-se pelo valor hedónico dos alimentos que está relacionado com o paladar que envolve o gosto, o nervo facial (trigémeo), o olfato e influência a escolha dos alimentos e a quantidade consumida (Lundy Jr, 2008).

No nível 5 é de referir a relação entre “Impulso de comer calorias – gula” e “Ansiedade, *stress*, isolamento, frustração e depressão”. Tal sugere que o impulso para comer pode ser potenciado perante situações adversas, sendo a comida usada como meio de regulação emocional (Correia, 2005), e vice versa, ou seja, a consciência deste impulso provoca emoções negativas. É referido num estudo recente que comer é uma experiência de emoções argumentando que pessoas vulneráveis e com baixa tolerância à frustração envolvem-se mais com a comida, tendo um comportamento de compensação (Evers,

Adriaanse, Ridder, & Huberts, 2013). O uso da alimentação como resposta à dificuldade em identificar e gerir sentimentos, remetendo-nos para o tema de *Emotional Eating* tão amplamente documentado na literatura sobre a obesidade (e.g., Zijlstra, Middendorp, Devaereb, Larsenc, Ramshorstd, & Geenenb, 2012; Murphy, Stojek, & MacKillop, 2013). Este resultado reforça a perspectiva de que entre os indivíduos que apresentam episódios de ingestão compulsiva (*binge eating disorder*; BED) existe um subtipo associado a fatores emocionais (Grilo, Mashed, & Wilson, 2001; Stice et al., 2001). Esta combinação entre dieta e dificuldades de regulação emocional caracteriza-se por, oscilações de humor, ansiedade generalizada, maior preocupação com o peso e forma, perturbação no funcionamento social, e pior resposta ao tratamento. Sendo assim, esta evidência pode ter implicações no tratamento de doentes com este comportamento e a terapia deve abranger a área emocional e a relação desta com o comportamento alimentar (Stice, et al., 2001).

Salienta-se que, tal como no grupo de obesos, o grupo de indivíduos normoponderais também enunciou fatores psicológicos/emocionais (nível 6) como barreiras a uma alimentação saudável. Concluiu-se assim que os participantes de ambos os grupos revelaram ter consciência que alteram o seu comportamento alimentar em função dos estados emocionais. Os participantes do grupo de obesidade referem “Quando estou mais ansiosa dá-me mais vontade de comer.”, “Quando estou ansiosa, preocupada com algum problema e mais sozinha tenho mais tendência a comer”; tal como no grupo de normoponderais que afirmam que “A ansiedade tira-me a fome. O problema é que depois de algumas horas ataco a comida”. Nota-se, então, que as emoções podem ter impactos diferentes: aumentar ou diminuir o apetite. Nos participantes obesos o cenário de diminuição do apetite não é referido, mostrando, mais uma vez, que a alimentação pode ser usada para compensar os fatores psicológicos negativos. Coloca-se então a questão, será que existem diferenças ao nível da ingestão emocional entre obesos e não-obesos? A análise dos mapas estruturais revela-nos mais semelhanças do que diferenças. Em ambos os grupos os fatores emocionais obtiveram 4 votos, e aparecem nos últimos níveis do mapa, sugerindo que esta dimensão não é percecionada como estando na base do problema, influenciando os outros fatores. Contudo, e entre os participantes obesos, é enunciada uma inter-relação com o impulso para comer, o que poderá traduzir contornos mais acentuados de *emotional eating*.

Uma outra diferença entre os grupos visualizada no mapa foi o contexto social referido, sendo que as participantes do grupo de obesidade enfatizaram a norma social segundo a qual “gordura é formosura” e o grupo normoponderais relatou a pressão da

sociedade para se ser magra. Este fator marca uma diferença entre os dois grupos porque entre os normoponderais foi possível encontrar pessoas com padrões alimentares restritivos e com dificuldades em abandoná-los. Tal não acontece nos participantes com obesidade. Salienta-se o meio como um indicador importante, porque a época em que as participantes foram educadas definiram padrões alimentares diferentes que ambos os grupos têm dificuldade de reeducar. Estas normas, do ponto de vista conceitual contraditórias, parecem refletir a diferença de idades que existe entre os dois grupos. Em todo o caso, também não será de excluir a possibilidade de o próprio peso condicionar a norma social adotada como justificação, atuando como um fator protetor.

As participantes com obesidade identificaram como dificuldade preparar refeições saudáveis (uma das ideias mais votadas), tendo estas que cozinhar para a família “Tenho de fazer restrições na alimentação familiar, eu já não gosto muito de cozinhar então para 4, duas são crianças têm que comer bem (...)”, ao contrário do grupo de participantes não-clínicos que se justifica pela fase da vida em que se encontraram (faixas etárias mais baixas, dependentes dos pais).

A análise comparativa dos dois mapas estruturais revelou mais algumas diferenças para além das apontadas. No grupo de obesidade, e tal como já foi referido, o fator que demonstrou ter mais peso foi a falta de motivação representando-se no mapa como fator central e estimulador de outros obstáculos. Ora tal não aconteceu no grupo dos indivíduos normoponderais. Refletindo como o grupo de participantes obesos considera que esta patologia depende da motivação para a mudança (fatores internos), daí resultarem os sentimentos de culpa tão mencionados na obesidade, enquanto que os participantes não-clínicos colocam o foco mais nos fatores externos.

O impulso para comer calorias parece um fator mais associado ao grupo de obesidade, sendo inclusivamente o mais votado (5 votos). Segundo a literatura, indivíduos que têm tendência a agir por impulso quando se sentem ansiosos ou com raiva podem estar mais propensos a ter comportamentos de vício alimentar de modo a aliviar o estado de humor negativo o que dificulta a adesão ao tratamento. Este comportamento é associado a indivíduos com um IMC mais elevado (Murphy, Stojek, & Mackillop, 2013). A obesidade pode ser conduzida por uma resposta hedónica intensificada a certos alimentos ou por um maior prazer em comer (Mela, 2006). Esta resposta está relacionada com a palatibilidade que influencia a escolha dos alimentos e a sua quantidade (Correia, 2005). O cérebro extrai informações sobre a qualidade, intensidade e o valor hedónico das respostas

gustativas, dando-lhe uma interpretação psicológica que pode levar à dependência alimentar (Lundy Jr, 2008).

É de notar que no grupo de obesidade é a falta de força de vontade que influencia os maus hábitos alimentares e no grupo de normoponderais são os hábitos alimentares que influenciam a falta de força de vontade. Outra diferença no relacionamento das variáveis entre os grupos é que no grupo de obesidade os fatores psicológicos/emocionais aparecem no último nível sendo influenciados por todos os outros e no grupo de não-obesos os fatores psicológicos/emocionais influenciam as alternativas à *fast food*. Estas diferenças podem justificar-se pela interpretação que os participantes dão às ideias. Por exemplo, no caso da falta de força de vontade a interpretação dada no grupo de obesos foi não terem motivação para mudar os hábitos alimentares, ou seja, o foco foi na motivação e como os participantes consideram que com vontade conseguem mudar, enquanto que no grupo de não-obesos a interpretação foi que o facto de terem crescido com certos hábitos influencia a falta de motivação para os mudar não considerando esses hábitos um ponto central de mudança daí serem uma barreira a uma alimentação saudável.

Com a utilização de um programa de *gestão interativa*, ao construir um modelo estrutural consensual sobre as dificuldades a uma alimentação saudável, em grupo havia o objetivo de facilitar *insights* sobre as influências dessas dificuldades durante a partilha de experiências. Tal facto foi visualizado durante a fase de debate de ideias “Agora que elas estão a dizer isso eu estou a refletir de maneira diferente”. Estes *insights* justificam o facto de existir ideias com poucos ou nenhuns votos, sendo que os participantes podem identificar-se com ideias que os restantes elementos do grupo sugerem ou lembrarem-se de outras ideias durante o debate.

Relativamente à recolha e tratamento de dados, considera-se pertinente dividir a sessão em dois momentos, primeiro a fase de debate, e noutro momento a fase de votação de ideias, sendo que esta metodologia é densa e pode levar ao cansaço e desatenção dos participantes. É da responsabilidade dos participantes criar ideias, esta pode ser uma limitação do estudo na medida em que existiu semelhanças entre algumas ideias, apesar de os participantes as interpretarem de maneira diferente e por isso as manterem em separado e existirem sobreposição de ideias (e.g., o cansaço e a vida sedentária), mesmo após a exploração do investigador do estudo. Sendo assim, para futuras pesquisas sugere-se que o investigador categorize ideias entre a fase de debate e de votação de modo a combater esta limitação.

Outra limitação deste estudo refere-se à seleção do grupo de pessoas com um peso normal em que não se pode excluir a possibilidade de nele se encontrarem pessoas com bulimia nervosa ou diagnósticos parciais de anorexia nervosa, podendo assim, as participantes analisarem a pergunta chave de uma forma diferente.

É de mencionar também como limitação a diferença de idades entre os participantes dos dois grupos, sendo que o grupo de participantes obesos era constituído por adultos com emprego, autónomos, com possibilidade de ter a sua residência própria e constituir família. Enquanto que o grupo de participantes normoponderais foram todos estudantes e dependentes economicamente dos pais. De encontro a esta limitação sugere-se a realização do mesmo estudo com outra população de obesos e normoponderais com as mesmas idades sendo que é possível o mesmo estudo com outros participantes obter diferentes resultados.

Para finalizar, seria relevante usar esta metodologia para testar a consistência dos mapas estruturais obtidos de modo a perceber-se melhor as especificidades da adesão a uma alimentação saudável nas diferentes patologias que envolvem uma intervenção no comportamento alimentar. Perante os resultados obtidos seria, também, pertinente estudar a comparação entre população obesa com BED e população obesa sem BED.

4. Conclusão

O estudo das barreiras a uma alimentação saudável na obesidade ainda se encontra pouco desenvolvido. Os dados deste estudo fornecem informações sobre quais os obstáculos identificados como mais influentes na adesão à dieta, por dois grupos de participantes com classes de peso distintas. No que toca à obesidade sobressaiu-se a influência do impulso para comer, a falta de motivação e uso da alimentação para regular fatores emocionais, sugerindo que o tratamento deverá privilegiar estas dimensões com vista a aumentar a sua eficácia. Numa perspetiva comparativa, participantes obesos e normoponderais salientaram em comum a influência da falta de rotina/ tempo e do contexto e diferenciaram-se na importância atribuída ao impulso para comer.

É de destacar a relação, no grupo de obesidade, com os fatores psicológicos/ emocionais sendo que este é o último nível do mapa, o que mostra que todos os comportamentos alimentares influenciam os participantes emocionalmente. A relação da motivação com os restantes fatores presentes no mapa também é de mencionar sendo que surge como uma ligação e um impulsionador dos outros obstáculos.

Este estudo exploratório abre assim portas para explorar a relação entre os fatores que dificultam a mudança comportamental na área alimentar, sendo desejável uma futura validação dos mapas estruturais obtidos.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (DSM-IV-TR) (6ª Edição). Lisboa: Climepsi Editores.
- Andrews, R., Lowe, R., & Clair, A. (2011). The relationship between basic need satisfaction and emotional eating in obesity. *Australian Journal of Psychology*, 63, 207–213. doi:10.1111/j.1742-9536.2011.00021
- Baruth, M., Sharpe, P. A., Parra-Medina, D., & Wilcox, S. (2014). Perceived Barriers to Exercise and Healthy Eating Among Women from Disadvantaged Neighborhoods: Results from a Focus Groups Assessment. *Women & Health*, 54, 336–353. doi: 10.1080/03630242.2014.896443
- Broome, B. J., & Keever, D. B. (1986). *Facilitating Group Communication: The Interactive Management Approach*. Educational Resources Information Center (ERIC), presented at the Annual Meeting of the Eastern Communication Association.
- Brownell, K. D., & Wadden, T. A., (1992). Etiology and Treatment of Obesity: Understanding a Serious, Prevalent, and Refractory Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 505-517.
- Burke, K., & Hogan, M. (2014). *An exploration of the Interdependent Elements of Relationship Satisfaction: An age comparison study*. National University of Galway Ireland.
- Carreira, H., Pereira, M., Azevedo, A., & Lunet, N. (2012). Trends of BMI and prevalence of overweight and obesity in Portugal (1995–2005): a systematic review. *Public Health Nutrition*, 1-10. doi:10.1017/S1368980012000559.
- Correia, M.F. (2005). *Determinantes Psico-Afectivas e Sócio-Culturais no Tratamento da obesidade* - Resumo de Tese de Doutorado. RFML: Série III; 10(5), 313-315.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R., (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- Escoto, K., Laska, M. N., Larson, N., Neumark-Sztainer, D., & Hannan, P. J. (2012). Work Hours and Perceived Time Barriers to Healthful Eating Among Young Adults. *American Journal of Health Behaviors* 36(6), 786-796. doi: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.36.6.6>

- Evans, A. E., Wilson, D. K., Buck, J., Torbett, H., & Williams, J. (2006). Outcome Expectations, Barriers, and Strategies for Healthful Eating A Perspective From Adolescents From Low-income Families. *Family & Community Health/Janliary*, 29(1), 17-27.
- Evers, C., Adriaanse, M., Ridder, D. T. D., & Huberts, J. C. W. (2013). Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite*, 68, 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.04.007>
- Fabricatore, A. N., & Wadden, T. A. (2006). Obesity. *Annual Reviews Psychology*, 2, 357–7.7 doi: 10.1146
- Gearhardt, A., White, M., Masheb, R., Morgan, P., Crosby, R., & Grilo, C. (2012). An Examination of the Food Addiction Construct in Obese Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 45(5), 657–663. doi: 10.1002/eat.20957
- Gearhardt, A. N., Corbin, W. R., & Brownell, K. D. (2009). Food addiction: An examination of the diagnostic criteria for dependence. *Journal of Addiction Medicine*, 3, 1–7.
- Godin, G., & Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87–98.
- Grilo, C. M., Masheb, R.M., & Wilson, G.T. (2001). Subtyping binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1066-72. doi: 10.1037//0022-006X.69.6.106
- Gunderson, E. P. (2009). Childbearing and Obesity in Women: Weight Before, During, and After Pregnancy. *Obstetric Gynecologic Clinical North American*, 36(2), 317. doi:10.1016/j.ogc.2009.04.001
- Hudd, S. S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N., & Yokozuka, N. (2000). Stress at college: effects on health habits, health status and self-esteem. *College Student Journal*, 34(2), 217.
- Jeffery, R. W., Epstein, L. H., Wilson, T. G., Drewnowski, A., Stunkard, A. J., Wing, R. R., & Hill, D. R. (2000). Long-Term Maintenance of Weight Loss: Current Status. *Health Psychology* 19(1), 5-16. doi: 10.1037//0278-6133.19.1(Suppl.).5.
- Jefferson, W. K., Zunker, C., Feucht, J. C., Fitzpatrick, S. L., Greene, L. F., Shewchuk, R. M., Baskin, M. L., Walton, N. W., Phillips, V., & Ard, J. D. (2010). Use of the Nominal Group Technique (NGT) to understand the perceptions of the healthiness

- of foods associated with African Americans. *Evaluation and Program Planning*, 33, 343–348. doi:10.1016/j.evalprogplan.2009.11.002
- Krashes, M., & Kravitz, A. (2014). Optogenetic and chemogenetic insights into the food addiction hypothesis. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00057
- Latner, J., Puhl, R., Murakami J., & O'Brien, K. (2014). Food addiction as a causal model of obesity. Effects on stigma, blame, and perceived psychopathology. *Appetite*, 77, 77–82. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2014.03.004>
- Lundy Jr, R. (2008). Gustatory hedonic value: Potential function for forebrain control of brainstem taste processing. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1601–1606. doi:10.1016/j.neubiorev
- Matos, M. I. R., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R. G., Bacaltchuck, J., & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 24(4), 165-9.
- Mela, D. (2006). Eating for pleasure or just wanting to eat? Reconsidering sensory hedonic responses as a driver of obesity. *Appetite*, 4, 10–17. doi:10.1016/j.appet.2006.02.006
- Murphy, C., Stojek, M., & MacKillop, J. (2013). Interrelationships among impulsive personality traits, food addiction, and Body Mass Index. *Appetite*, 73, 45–50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.008>
- Naukkarinen, J., Rissanen, A., Kaprio, J., & Pietiläinen, KH. (2012). Causes and consequences of obesity: the contribution of recent twin studies. *International Journal of Obesity*, 36, 1017 – 1024.
- Ng, M., Fleming, T., Robinson, M., Thomson, B., Graetz, N., Margono, C., . . . , & Gakidou, E. (2014). Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease. *Articles Published online*. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60460-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60460-8)
- Nguyen-Rodriguez, S., Chou, C., Unger, J., & Spruijt-Metz, D. (2008). BMI as a moderator of perceived stress and emotional eating in adolescents. *Eating Behaviors*, 9, 238–246. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.09.001
- O'Neil, P. M., & Jarrell, M. P. (2010). Psychological aspects of obesity and very-low-calorie diets. *American Society for Clinical Nutrition*, 56, 185S-9S.

- Perugini, M., & Bagozzi, R. P. (2001). The role of desires and anticipated emotions in goal-directed behaviours: Broadening and deepening the theory of planned behavior. *British Journal of Social Psychology*, 40, 79–98.
- Robinson, E., Benwell, H., & Higgs, S. (2013). Food intake norms increase and decrease snack food intake in a remote confederate study. *Appetite*, 65, 20–24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2013.01.010>
- Roeden, J. M., Maaskant, M. A., & Curfs, L. M. G. (2012). The Nominal Group Technique as an Evaluation Tool for Solution-focused Coaching. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 588–593. doi: 10.1111/j.1468-3148.2012.00696.x
- Sardinha, L., Santos, D., Silva, A., Coelho-e-Silva, M., Raimundo, A., Moreira, H., & F. & Mota, J. (2012). Prevalence of Overweight, Obesity, and Abdominal. Obesity in a Representative Sample of Portuguese Adults. *Plos One*, 7(10). doi:10.1371/journal.pone.0047883.
- Sérgio, A., Correia, F., Breda, J., Medina, J. L., Carvalheiro, M., Almeida, M. D. V., & Dias, T. (2005). Programa nacional de combate à obesidade. *Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas*, 24.
- Simon, G. E., Korff, M. V., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association Between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Arch Gen Psychiatry*, 63, 824-830.
- Spruijt-Metz, D. (2011). Etiology, Treatment, and Prevention of Obesity in Childhood and Adolescence: A Decade in Review. *Journal of research on adolescence*, 21(1), 129-152. doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00719.x
- Stice, E., Agras, W.S., Telch, C.F., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., & Wilson, T. (2001) Subtyping binge eating disordered women along dieting and negative affect dimensions. *IJED*, 30, 11-27.
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, CN. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Progress at last. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233–257.
- Thompson, K. J., & Smolak, L. (2001). *Body Image, Eating Disorders, and Obesity in Youth: Assessment, Prevention, and Treatment*. Published: American Psychological Association.
- Vann, J., Finkle JD, J., Ammerman, A., Wegner, S., Skinner, A. C., Benjamin, J. T., & Perrin, E. M. (2011). Use of a Tool to Determine Perceived Barriers to Children's

- Healthy Eating and Physical Activity and Relationships to Health Behaviors. *Journal of Pediatric Nursing*. doi:10.1016/j.pedn.2010.10.011
- Vischer, T. L.S., & Seidell, J. C. (2001) The public health impact of obesity. *Annual Reviews Psychology*, 22, 355–75.
- Warfield, J. N., & Staley, S. M. (1996). Structural Thinking: Organizing Complexity Through Disciplined Activity. *Systems Research and Behavioral Science*, 13(1), 47-67.
- Warfield, J. N., & Perino, G. H. (1999). The Problematique: Evolution of an Idea. *Systems Research and Behavioral Science*, 16, 221–226.
- Welsh, E. M., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Langer, S. L., Flood, A. P., Jaeb, M. A., & Laqua, P.S. (2012). Measuring Perceived Barriers to Healthful Eating in Obese, Treatment-seeking Adults. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 44(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2010.06.005>
- Zijlstra, H., Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J., Ramshorst, B., & Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, 27(12), 1375–1387. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2011.600761>

Referências consultadas através da Internet:

Organização Mundial de Saúde – OMS (2014). *A Obesidade e o excesso de peso*.

Disponível no site

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>, em Agosto de 2014